

Amblyopie und Hysteria virilis.

INAUGURAL - DISSERTATION,

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 19. März 1887

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Max Radziejewski

aus Posen.

OPPONENTEN:

Dr. med. P. Gast, pract. Arzt.

Dd. med. Paul Neisser.

Cand. med. Georg Lieder.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstr. 158.

Dem Andenken

seines theuren, unvergesslichen Vaters

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Im Progrès médical de Paris 1885 finden wir am Schlusse des bekannten, vielfach discutirten Aufsatzes: „A propos de six cas d'hystérie chez l'homme par M. H. Guinon“, folgende interessanten Worte:

Messieurs, en étudiant avec vous dans ces deux leçons les six cas d'ailleurs très-significatifs que le hasard a placés sous ma main, j'ai voulu surtout vous convaincre que l'hystérie, même l'hystérie grave, n'est pas, du moins chez nous en France, une maladie rare; qu'elle peut par conséquent se présenter, ça et là, dans la clinique vulgaire où seuls des préjugés d'un autre âge pourraient la faire méconnaître. J'ose espérer qu'après tant de preuves accumulées dans ces derniers temps, cette notion est destinée à tenir désormais dans votre esprit la place qu'elle mérite d'y occuper“. —

Und in der That ist diese Behauptung, deren Beweismaterial der berühmten Klinik Charcot's entnommen ist, recht beachtenswerth. Denn noch bis in die siebziger Jahre unseres Jahrhunderts hinein waren die Vorstellungen über die in der That recht mannigfachen hysterischen Krankheitsbilder derart unklar und verschwommen, wie man sie kaum noch bei irgend einem anderen Leiden wiederfindet. Schliesslich musste man auch sogar recht vorsichtig mit dem Ausspruch der Diagnose der Hysterie sein, da dem Worte ein gewisses Odium anhaftete, wie wir es in der volksthümlichen, verächtlichen Bezeichnung „hysterisches Frauenzimmer“ erkennen: kurz hinreichend Grund für die damaligen

Aerzte von dieser Krankheit möglichst wenig zu wissen. — So begann eigentlich erst im Jahre 1875 ein eingehendes Studium der Hysterie als eines geschlossenen Krankheitsbildes. Und zwar waren es vornehmlich Klein und sein Lehrer Olivier, welche die erste recht stattliche Anzahl von Fällen publicirten und dabei zeigten, dass die Hysterie zwar eine recht verbreitete Krankheit sei, die aber selten zur eingehenden Beobachtung des Arztes gelange. — In Amerika zeichneten sich hauptsächlich Putnam und Walton, und in England Page durch ihre Arbeiten über Railway-spine aus, indem sie damit der derzeitigen Anschauung über Hysterie einen herben Schlag versetzten. Denn bisher sollten nur Frauen von Hysterie befallen sein, nun aber war dieselbe, wie zur gleichen Zeit in Frankreich auch gelehrt wurde, ebenfalls eine Krankheitserscheinung der Männer. Heftige Discussionen folgten, neue Gesichtspunkte zur eingehenden Charakterisirung der mannigfachen hysterischen Erscheinungen wurden gefunden, zu deren Vervollkommnung hauptsächlich in Deutschland Oppenheim und Thomsen, Schüler Westphal's, beitrugen.

Und fragen wir nun, weshalb die rationelle Beurtheilung und Erkennung aller der Krankheitserscheinungen, die wir jetzt unter dem Namen Hysterie zusammenfassen, erst eine Frucht unserer jüngsten Zeit ist, so müssen wir ohne Weiteres zugestehen, dass nicht zum Wenigsten die mangelhaften Untersuchungen der einzelnen Erscheinungen an und für sich daran Schuld waren, ja sogar noch heute recht vieles zu wünschen übrig lassen: ich meine hiermit vornehmlich die sensoriellen Störungen und ihre eingehenden Beobachtungen.

Denn betrachten wir die Arbeiten, die uns grade vorgelegen haben, so ist auf alle anderen Erscheinungen unverhältnissmässig mehr wie auf die oben genannten

Störungen Werth gelegt; und doch möchte ich glauben, dass gerade letztere nicht wenig zur differentiellen Beurtheilung der Hysterie beitragen.

Das einzige Feld hierbei, dessen Bearbeitung ausführlich genannt werden kann und noch tagtäglich neue Verbesserungen erfährt, ist das Functionsgebiet des Nervus opticus und seiner angrenzenden Theile, und zwar aus dem Grunde, weil uns seit Helmholtz' genialer Erfindung des Augenspiegels ein unvergleichliches Hilfsmittel für genauere Beobachtungen zu Gebote steht. — Leider lässt uns die Technik bei Beurtheilung der übrigen sensorischen Störungen, vornehmlich des Gehörs, so sehr in Stich, dass wir hier fast nur in deductiver Weise vorzugehen gezwungen sind.

Kehren wir nun zur Amblyopie zurück — und man nennt bekanntlich diese sensorielle Störung im Opticusgebiete Amblyopie resp. Amaurose —, so finden wir auch sie in den meisten Arbeiten recht stiefmütterlich behandelt; eine eigne Arbeit über hysterische Amaurose finden wir, ausser in einigen kurzen Zügen in den Werken über Augenheilkunde, in eigentlich auch nicht allzuausführlicher Weise in Mendel's¹⁾ Abhandlung „über hysterische Amaurose“, am charakteristischsten jedoch bei Landolt²⁾ in seiner Schrift: „De l'Amblyopie hystérique.

Was nun wieder diese Arbeit anbetrifft, so ist in ihr auch nicht ein einziger Fall, der das Leiden eines Mannes behandelt. Allerdings muss bedacht werden, dass zur Zeit, als diese Arbeit erschien, 1875, man noch nicht überall damit einverstanden war, dass es auch hysterische Männer gebe. Andererseits finden wir in Abhandlungen über männliche Hysterie wieder das

¹⁾ Mendel: Ueber hysterische Amaurose. Berlin. — Deutsche Zeitschrift für pract. Medicin, Nr. 47.

²⁾ E. Landolt: De l'Amblyopie hystérique. 1875. — Archives de physiol. norm. et pathol., 2. sér.

Augenleiden zu wenig beachtet, denn die hierfür charakteristischste und sonst vorzügliche Arbeit von G. Krüger³⁾ ist ohne jede ophthalmologische Bedeutung. —

Ehe wir uns nun zu der eigentlichen, eingehenderen Besprechung unserer Beweisfälle wenden, von denen der eine in höchst deutlicher Weise, der andere ein wenig schwieriger die hysterische Amblyopie erkennen lässt, müssen wir uns doch zuerst über die Bedeutung des Wortes „Amblyopie“ selbst klar werden.

Man pflegt nach Schweigger die Bezeichnung Amblyopie, Schwachsichtigkeit, und Amaurose, Blindheit, jetzt für diejenigen Störungen des Sehvermögens zu gebrauchen, welche weder durch dioptrische Hindernisse noch durch Erkrankung des Auges selbst bedingt sind. Es handelt sich gewissermaassen um denselben Zustand, den Philipp v. Walter seiner Zeit so definirte, dass der Kranke nichts sähe und der Arzt auch nichts. „Es handelt sich eben bei ihnen immer um Störungen, die Sehnerv, Chiasma, Tractus opticus oder die cerebralen Centren treffen.

Man bezeichnete diese Erscheinung anfangs mit *Anaesthesia retinae*. Der Erste, der diese Affection beschrieb, war A. v. Graefe⁴⁾, welcher eine Unterbrechung der Nervenleitung zwischen Zapfen und Nervenfasern als Ursache annahm.

Ihm folgten mehrere andere wie Haase⁵⁾ und Pagenstecher⁶⁾, welch' letzterer unter der Bezeichnung: „*Neurosis nervi optici et retinae*“ besonders als Ausgangspunkt des Leidens einen pathologischen Vorgang im Bereich der Medulla ansieht.

³⁾ G. Krüger: Beitrag zur Hysterie b. Männern. Greifswald 1875.

⁴⁾ Zehender: Klin. Monatsblätter f. Aug. 1865.

⁵⁾ Ebenda 1866.

⁶⁾ Ebenda 1871.

Fast zur selben Zeit führt uns Sichel jun.⁷⁾ Fälle mit traumatischer Grundlage vor und zeigt uns zuerst als ein eigenthümliches Characteristicum, dass die Geringsfügigkeit der Verletzung in gar keinem Verhältniss steht mit der Schwere der Erscheinungen, die auf hochgradige intraoculäre Erkrankungen deuten, während die genauere Untersuchung nichts ergibt.

Steffan⁸⁾, welcher uns in seinem „Beitrag zur Anästhesia retinae mit concentrischer Gesichtsfeldbeschränkung“, 16 Fälle vorführt, gelangt zu dem Schluss, dass diese Erscheinung richtiger „Hyperaesthesia retinae“ genannt werden müsse.

So wogte der Streit über Erkennung und Benennung des Leidens lange hin und her, bis denn Schweigger⁹⁾ auf Grund eingehender Beobachtungen von dieser Krankheitsform ein klares und scharfes Bild entwarf und nachwies, dass keine Unterbrechung der Leitung zwischen Zapfen und Nervenfasern stattfände, wie v. Graefe annahm; fernerhin gegen Pagenstecher, dass man nicht immer durch einen äusseren Druck auf den Bulbus eine dem Gesichtsfelddefekt entsprechende Stelle der Netzhaut träfe oder gar Phosphene hervorriefe. Und endlich der von Steffan aufgestellte Name einer Hyperästhesie der Retina zeigt uns ja nur eine einzelne Erscheinung des Leidens selbst.

Schweigger nun nannte dasselbe „Gesichtsfeldamblyopie ohne Befund“ und wies darauf hin, dass die constante concentrische Gesichtsfeldbeschränkung auffallend in der Gestalt schwanke; ferner ergeben die Gesichtsfelduntersuchungen verschiedene Resultate, die einzelnen Angaben der Patienten widersprechen sich oft, ohne dass Simulation vorliegt. Und vor allen Dingen

⁷⁾ Annal. d'ocul. 1870.

⁸⁾ Zehender: Klin. Monatsblätter f. Aug. 1873.

⁹⁾ Schweigger: Handbuch für Augenheilkunde. 1880.

charakteristisch ist es noch für die hysterische Amblyopie, dass die Patienten einerseits oft durch ein beliebiges Stück Glas oder ganz schwaches Prisma besser zu sehen behaupten, andererseits sich trotz ihres hochgradigen verengten Gesichtsfeldes dennoch mit auffallender Leichtigkeit beim Gehen auf der Strasse etc. orientiren. Was ferner die von v. Graefe aufgestellte Behauptung anbetrifft, dass die Entstehung des Leidens, welches in wenigen Stunden oder Tagen die Acme erreiche, eine plötzliche sei und dass zweitens die Sehschärfe noch unter $\frac{1}{4}$ der normalen herabsinken könne, so muss bis jetzt an derselben noch festgehalten werden.

Auch Schilling¹⁰⁾ und Völker¹¹⁾, die sich viel mit unserem Leiden beschäftigt haben, schliessen sich der Schweigger'schen Bezeichnung der Gesichtsfeldamblyopie an; während Leber¹²⁾ noch nicht in der Lage zu sein glaubt, über die Bezeichnung: Anaesthesia retinae so ganz und gar den Stab zu brechen, so lange wir noch nicht über den eigentlichen Sitz des Leidens etwas Genaueres, Greifbares gefunden haben.

Doch über diese Scrupel helfen uns die Untersuchungen jüngerer Forscher hinweg, wie Wilbrand¹³⁾ und darauf Foerster¹⁴⁾ welcher die Anästhesie der Retina auch nur als vorübergehende Erscheinung gleich der Hyperästhesie Steffan's ansieht. Er stellt als markante Zeichen der hysterischen Amblyopie auf:

1. Kommen in der That bedeutende Schwankungen in der Grösse des Gesichtsfeldes vor, und zwar nicht bloß nach Tagen, sondern auch nach Stunden.
2. Spielt die Ermüdung des Auges eine grosse Rolle,

¹⁰⁾ Inaug.-Dissert. 1875, Berlin.

¹¹⁾ Inaug.-Dissert. 1886, Berlin.

¹²⁾ Graefe-Saemisch: Handbuch d. g. Aug., V.

¹³⁾ Archiv f. Augenheilkunde, XII.

¹⁴⁾ Förster: Gesichtsfeldmessungen bei Anaesthesia retinae. — Zehender: Klin. Monatsb. f. Aug. 1877.

so dass, je länger die Aufnahme fortgesetzt wird, desto kleiner das Gesichtsfeld ausfällt.

3. Wird das Object, wenn es langsam in einem Meridian durch das ganze Gesichtsfeld geführt wird, viel weiter peripherisch bemerkt beim Eintritt in's Gesichtsfeld als beim Austritt.

Auch die Gesichtsfeldaufnahmen A. Schiele's¹⁵⁾ mit dem Förster-Wilbrand'schen Perimeter ergaben für die Ermüdung eine Gesichtsfeldeinschränkung um ca. 10°, und zwar theils centrifugal, theils centripetal gemessen. Er stützt sich dabei auf über hundert Untersuchungen und erhielt eine derart typische Form, dass Simulation mit Sicherheit ausgeschlossen werden konnte.

Wilbrand wiederum führt für sich den Ausdruck „Neurasthenische Asthenopie“ ein, indem er die Neurasthenie als Vorläuferin sämtlicher Neurosen und die Erscheinungen am Auge als örtlichen Ausdruck einer allgemeinen nervösen Diathese ansieht, die unter anderen auch als Hysterie sich später offenbaren kann. Er stellt daraufhin 3 für das bessere Verständniss des Leidens wohl zu verwerthende Sätze auf:

1. Bei neurasthenischen Patienten werden neben copiopischen Beschwerden alle Abstufungen der Symptome sog. Netzhautanästhesie gefunden.
2. Diese Erscheinungen am nervösen Sehapparat sind in gleicher Weise zu erklären, wie die Unzahl aller übrigen analogen Symptome an anderen Körpertheilen.
3. Die Anaesthesia retinae darf nicht als eine alleinbestehende pathologische Erscheinung aufgefasst werden.

Hieran anknüpfend sei gleich bemerkt, dass von vielen, die Patienten unseres Leidens untersucht haben,

¹⁵⁾ Dr. A. Schiele: Ueber Miterregung im Bereiche homonymer Gesichtsfeldbezirke.

eine allgemeine nervöse Diathese, die sich nach Wilbrand'scher Ansicht bald früher bald später zeigt, nicht so sehr geläugnet als vielmehr als nicht nachweisbar bezeichnet wird. Und doch ist entweder dieselbe jedesmal, wenn auch oft sehr versteckt, vorhanden, oder sie war es wenigstens vorher, worüber uns eine energische und eingehende Aufnahme der Anamnese belehren würde. Hierbei wird nun allzuleicht unser diagnostisches Augenmerk auf andere unwesentliche und sonst unbeachtete Erscheinungen, welche zufällig gleichzeitig nebenherlaufen, wie z. B. geringe rheumatoide Schmerzen, abgelenkt und verliert den eigentlichen Kernpunkt aus dem Gesicht.

Wir kommen hiermit zu den Differentialdiagnosen der Amblyopie und nennen hier in erster Linie die retrobulbäre Neuritis, dann die progressive Sehnervenatrophie, das Glaucom (?) und zum Theil die sympathische Ophthalmie.

Neuritis ist selten ein selbstständiges Leiden, meist mit intercraniellen oder orbitalen Erkrankungen verbunden, die theils auf den Sehnerven selbst, theils auf seine Gefässe einen Reiz ausüben. Es lässt sich daher die Neuritis jedesmal anatomisch nachweisen; oft tritt Sehnervenatrophie, oft Ischaemia retinae ein, so dass sie leicht zu erkennen ist; oft aber ist auch ein negativer ophthalmoskopischer Befund, der die Diagnose sehr erschwert. Jedoch tritt nach Leber meist eine plötzliche, doppelseitige Erblindung auf, die besonders von einer hochgradigen Hyperämie der Papille und Trübung der Netzhautgefässe begleitet ist; die Retina ist von einer weissen Linie durchzogen, und es zeigen sich centrale Scotome, besonders für Farben. Warten wir noch 1 bis 2 Tage nach der Erblindung, so finden wir sehr bald den Unterschied zwischen Neuritis und echter Amblyopie ophthalmoskopisch, ganz abgesehen davon, dass uns die Anamnese schon zumeist auf den richtigen Weg führt.

Was die anderen streitigen Diagnosen betrifft, so finden wir unter Berücksichtigung des Allgemeinzustandes und bei einem Vergleiche zwischen der Sehschärfe und der Gesichtsfeldeinschränkung einerseits und dem unverhältnissmässig freieren Bewegen und Benehmen andererseits einen derartig paradoxen Zustand, wie er uns bei Glaucom oder Sehnervenatrophie unmöglich vorgetäuscht werden kann. Das Nebelsehen könnte unsere Aufmerksamkeit vielleicht auf Glaucom richten, doch fehlt stets das Phänomen der farbigen Kreise um das Licht.

Endlich entsteht die sympathische Ophthalmie nach Mackenzie, der zuerst darauf aufmerksam machte, durch tief in's Innere dringende Verletzungen des einen Auges, welche retrobulbär fortwirkend auf dem anderen Auge uns, im Anfang jedoch nur, eine wahre Amblyopie vor-täuschen kann.

Kurzum, nachdem wir so einen Ueberblick über negative ophthalmoskopische Befunde zu geben und an jeder Stelle den Stand der Wissenschaft zu der gerade vorliegenden Frage zu bezeichnen versucht haben, wird es wohl nicht mehr allzu schwer fallen, die Diagnose einer wahren „Gesichtsfeldamblyopie ohne Befund“ nach Schweigger zu stellen; und berücksichtigen wir ausserdem noch die paradoxen Resultate bei Untersuchungen mit Einschluss folgender 5 Punkte zu einander:

1. Grad der centralen Sehschärfe,
2. Verhalten des Gesichtsfeldes: Defecte, Scotome etc.,
3. Lichtsinn,
4. Farbensinn,
5. Druckphosphene,

so werden wir auch ein Bild von hysterischer Amblyopie gewinnen. —

Ueber das Wesen und die Bedeutung der Amblyopie als solcher haben wir uns verständigt: es bleibt

uns nun noch übrig, ehe wir unsere Fälle vorstellen, uns von der Hysterie in kurzen Zügen ein klares Bild zu verschaffen.

Wir müssen vor allen Dingen nach dem heutigen Stande der Wissenschaften den Gesichtspunkt festhalten, dass die Hysterie ein ganz bestimmtes Leiden ist, das jeden Menschen ohne Unterschied des Geschlechtes oder des Alters befallen kann, — dass sie eine Neurose ist. — Dass gerade in unseren Tagen ein grosser Theil der Patienten, die die Sprechstunde unserer Aerzte ausfüllen, Hysteriker sind, ist absolut kein Zeichen moderner Krankheit; denn schon im Alterthum kannte man dieselbe, wenn man auch die wunderbarsten Vorstellungen von ihrem Wesen hatte, dass die Gebärmutter Wanderungen durch den Körper mache und so durch Druck auf die Organe die wunderbarsten Erscheinungen hervorrufe; eine Erklärung, die der Krankheit (Hysteria, ἡ ὑστέρα, uterus) wohl auch zu ihrem Namen verhalf.

Man glaubte anfangs, dass nur das weibliche Geschlecht von Hysterie befallen werden könne; und da in der That die Frauen das grösste Contingent für dieses Leiden stellen, so wurde auch die ihr sehr ähnliche Hypochondrie meist als Hysterie gedeutet, während es bei Männern umgekehrt der Fall war. Nun, nachdem nach den neueren Forschungen, die wir zumeist Charcot verdanken, auch bei Kindern und sogar bei Männern Hysterie festgestellt worden ist, beweist die Unzahl der temporären Fälle nur den alten Satz: dass, wo einmal das Wesen einer Krankheit erkannt ist, sich auch die Fälle mehren.

Und ein nicht geringer Theil der Diagnosen geht, was uns hier am meisten interessirt, aus den Augenkliniken hervor, ein Zeichen, dass Amblyopie und Amaurose, Dank der neusten Forschungen, höchst charakteristische Erscheinungen der Hysterie sind.

G. Krüger, den wir oben erwähnten, sagt in seinem „Beitrag zur Hysterie bei Männern“:

„Das Krankheitsbild der Hysterie ist ein so mannigfaltiges, wie wir es bei keiner anderen Krankheit zu finden gewohnt sind; dazu kommt, dass sehr selten alle Aeusserungsweisen der Hysterie gleichzeitig vorhanden sind, wenigstens durchaus nicht immer in einer ausgeprägten Form. Während wir bei jeder anderen Krankheit den Ursprung und den Verlauf mit einer gewissen Sicherheit bestimmen können, ist hier Vieles in Dunkel gehüllt. Und doch ist der Gesamteindruck des Leidens ein so prägnanter, dass wir dasselbe keiner anderen Krankheitsform unterstellen können. Betrachten wir die einzelnen Fälle der Hysterie genauer, so haben diese häufig einen von einander sehr abweichenden Charakter, die Symptome sind oft wenig deutlich und die Angabe der Kranken so ungenau und allgemein, dass wir nicht selten zu keinem ganz befriedigenden Resultat gelangen. Aber dieses alles liegt eben in der Eigenthümlichkeit der Krankheit; wir suchen zuerst immer nach gröberen, materiellen Veränderungen, wie sie den meisten Krankheiten zukommen, und finden uns darin getäuscht. Ganz anders dagegen verhält es sich, wenn wir unseren Blick auf die Psyche und das Nervensystem überhaupt richten und hier genau zu eruiern suchen, wo der wunde Punkt sitzt.“

Eine kurze, zutreffende Definition der Hysterie zu geben, ist, wie Strümpell sagt, nicht möglich. Das Leiden ist zu vielseitig, es befällt mehr oder weniger den ganzen Nervenapparat, wenn auch mit besonderer Vorliebe die Nn. vagus und opticus, die sich als Amblyopie, Gesichtsfeldbeschränkung, Ringscotome, Nebelsehen etc., oder als Globus, Anorexie, Kynorexie, Meteorismus, Larynxkrämpfe, Herzpalpitationen etc. äussern. Kurz und klar hat dieselben Wilbrand, wie folgt, dargestellt:

„Gesichtshallucinationen, Photopsien, Gesichtsillusionen, Blendung durch Licht, lebhaftes, stechendes, brennendes, bohrende Schmerzen, vom Trigeminus ausgehend; Opticuserscheinungen, Mangel an Ausdauer beim Lesen und Arbeiten; Accomodationsstörungen, als Mikropsie, Insufficienz der Interni, Diplopie, Ptosis; secretorische und vasomotorische Störungen, wie Augenthränen, Injection der Conjunctiva und Ciliargefässe, mitunter auch Hyperämie der Papille; krankhaft gesteigerte Reflexactionen sowohl sensibler, als motorischer Natur, als Kopfschmerz bei Lichteinfall, Blepharospasmus clonicus, Zucken der Augenmuskeln und Lider; Schlafmangel, Reizbarkeit und Launenhaftigkeit, Mattigkeit, Kopfschmerzen, Migräne, Zahnschmerzen und allerhand Neuralgien, Augen-, Leib- und Rückenschmerzen, Brennen der Haut, Formicationen, Hitze-, Kältegefühl, Herzklopfen, Klagen über Hören, Schmecken, Riechen, vermehrte Schweisssecretion, Pollutionen, Hang zum Weinen u. a. m.“ Die grosse Neigung zu rascher Ermüdbarkeit erklärt den Mangel an Energie und Ausdauer, erklärt die leicht eintretende Erschöpfung, die Zerstreutheit und die psychische Depression. Daraus folgt nach Wilbrand, wie wir oben schon einmal anführten, dass die Anästhesie der Retina keine für sich bestehende Krankheit, sondern als örtliche Manifestation eines Allgemeinzustandes aufzufassen sei.

Es würde uns zu weit führen und dem Zweck dieser Arbeit kaum entsprechen, wollten wir hier ein nach jeder Richtung hin ausführliches Krankheitsbild der Hysterie entwerfen; die vorausgegangene Schilderung wird wohl hinreichende Stützpunkte für eine Diagnose gegeben haben. Mit Rücksicht auf letzteren Punkt, ist nur noch nach G. Krüger hinzuzufügen, dass die Krankheit beginnt: mit einer gesteigerten Erregbarkeit in den sensiblen Nerven, ein Zustand, welcher lange Zeit ohne

weitere, sichtbare Veränderungen fortbestehen kann; nur das psychische Verhalten wird durch diese Erregungszustände schon früh alterirt, ohne dass es dem Patienten selbst oder seiner Umgebung gleich sonderlich auffallen braucht. Erst später durch irgend welche Gelegenheitsursachen wird auch die Reflexerregbarkeit erhöht und treten dann abnorme Erscheinungen in den motorischen Nervenbahnen auf, denen solche in den trophischen, vasomotorischen und secretorischen Gebieten folgen.

Als Ursache endlich des Leidens giebt Strümpell¹⁶⁾ sozusagen ein „psychisches Trauma“ an, wie starker Schreck, grosser Aerger, eine heftige Erregung.

„Wenn z. B., fährt dieser Autor fort, nach einem Sturz in's Wasser, nach einer Verbrennung, nach einem Fall eine hysterische Affection auftritt, so ist gewiss nicht, wie anfänglich oft gemeint wird, die Erkältung resp. die traumatische Einwirkung der Verbrennung oder des Fallens die Ursache der nachfolgenden nervösen Erkrankung, sondern die damit verbundene psychische Erregung.“

Wir werden damit auf die bekannte Streitfrage geführt, ob Railway-spine an und für sich zur Hysterie führe. Der Kampf wurde, im Sinne Strümpell's von Oppenheim-Thomsen¹⁷⁾ gegen Charcot¹⁸⁾ siegreich ausgefochten. „Les auteurs allemands ne veulent pas reconnaître qu'il s'agit ici de l'hystérie“, behauptet letzterer und stützt sich hierbei auf die Anfangserscheinungen und besonders auf die mannigfachen Anästhesien, zumal der Retina.

¹⁶⁾ Strümpell: Lehrbuch d. spec. Pathologie u. Therapie der inneren Krankheiten. Bd. II., Th. I., 1885.

¹⁷⁾ R. Thomsen und H. Oppenheim: Ueber das Vorkommen und die Bedeutung der sensorischen Anästhesie bei Erkrankungen des centralen Nervensystems, 1885. — Separatabdruck aus d. Archiv f. Psychiatrie. Bd. XV., H. 3.

¹⁸⁾ Charcot: Klinische Vorträge d. Nervensystems. Deutsch von B. Fetzner, Stuttgart.

Allerdings unterscheidet sich anfangs die Amblyopia hysterica in Nichts von jener der Railway-spine; doch „zeigt der Verlauf oft Symptome, die auf eine materielle Erkrankung des Nervensystems weisen, wie Sehnerventrophie und dauernde reflectorische Pupillenstarre. Auch in einer Anzahl der übrigen Fälle, in denen solche Symptome nicht aufgefunden werden können, deckt sich nach Oppenheims Ansicht das Krankheitsbild nicht einfach mit dem der Hysterie, sondern die übrigen Neurosen wie Epilepsie, Hypochondrie, Neurasthenie, Melancholie spielen dabei mindestens eine ebenso hervorragende Rolle“; mit einem Wort, er warnt vor der einseitigen Deutung aller dieser Fälle als Hysterie.

Wir kommen also zur Strümpell'schen Ansicht, als ätiologisches Moment bei Hysterie ein psychisches Trauma zu suchen, zurück, woraus sich die von den alten Augenärzten als „höchst wunderbare Erscheinung“ beschriebene Thatsache erklärt, dass bei traumatischen Fällen die Geringsfügigkeit der Verletzung, dass überhaupt auch sonst die scheinbare Veranlassung des Leidens in gar keinem Verhältniss mit der Schwere der Erscheinungen stehe. —

Die nun so aufgestellten Bedingungen für eine hysterische Amblyopie wollen wir an zwei Beispielen erläutern.

Es dürfte also vielleicht folgender Fall aus der Mendel'schen Klinik zu Berlin, der zugleich auch in der Augenklinik des Hrn. Dr. Gustav Gutmann zu Berlin behandelt wurde, ein wenig das allgemeine Interesse in Bezug auf das Obengesagte erregen, und werde ich mir denselben hier ausführlicher zu demonstrieren erlauben. — Es wurde allerdings einmal an irgend einer Stelle der Satz aufgestellt, dass ein Fall erst dann als klinisch anerkannt werden dürfe, wenn entweder die Diagnose durch die Section bestätigt würde, oder vielleicht auch wenn er zur vollständigen Heilung käme. Aber bis jetzt fehlt es

wenigstens bei männlichen Hysterikern, und darauf kommt es uns hier besonders an, an Belegen, vor Allem für die erste These und zum Theil auch für die zweite. Denn die Charcot-Guignon'schen Fälle behandeln eigentlich nur die Hystero-Epilepsie und einen Fall, der den Uebergang bildet zur Beurtheilung der Railway-spine nach Oppenheim-Thomsen.

Hier nun erlaube ich mir einen hysterischen Krankheitsfall vorzustellen, dessen Augenleiden vor Allem sich uns als ein höchst charakteristisches Symptom zur Erkennung der Hysterie erwiesen hat, an dessen Steigen oder Abklingen wir den jeweiligen Stand der Krankheit beurtheilen, ja sogar, den wir bis zu seiner Heilung verfolgen können. Dieses letztere Moment eben — die Heilung — dürfte vielleicht das Interesse des Falles noch erhöhen, indem es uns den Ueberblick über ein gesammtes Krankheitsbild gewährt und uns die zweite These zur Sanctionirung als klinischen Fall erfüllen lässt:

Franz B., 20 Jahre alt, Kaufmann, ist unverheirathet. Sein Vater soll an einem Herzfehler gestorben sein, seine Mutter und Geschwister leben und sind gesund; Nervenkrankheiten will weder er selbst noch sonst Jemand seiner Familie gehabt haben.

Pat. war in der Jugend an Bräune und 1869 an Masern erkrankt, aus denen er auf dem linken Auge Macul. corn. und ein äusserst mattes Erkennen von Gegenständen zurückbehielt. Sonst will Pat. bis zum Jahre 1884 immer gesund gewesen sein, auch trotz eingehendsten Inquisitoriums weder an Syphilis noch Alkoholismus leiden oder gelitten haben.

Seine jetzige Krankheit begann nach seiner Aussage im August 1884. Er giebt an, dass er auf einer Reise bei offenem Fenster während der Nacht geschlafen habe, doch pflegte er dieses öfters zu thun. Am nächsten

Morgen verspürte er unter den Fusssohlen ein kriebelndes Gefühl; ihm schienen, wie er sagte, die Füße eingeschlafen zu sein. Dieses Gefühl dauerte 2 Tage und setzte sich dann bis oberhalb der Kniee fort als dumpfer Schmerz zugleich mit Schwere der Beine verbunden. Pat. begab sich zu einem Arzt, der das Leiden für nervösen Gelenkrheumatismus erklärte, eine Schwitzkur und Bettruhe verordnete. Doch trat keine Besserung darnach ein. Nach Verlauf von 3 Tagen wurde Pat. electricirt und zwar 8 bis 10 Mal in Zwischenpausen von je zwei Tagen. Hiernach giebt Pat. an, eine scheinbar totale Besserung verspürt zu haben.

Plötzlich jedoch nach 8 Wochen trat über Nacht eine totale Lähmung der linken Seite, auch der Hand und des Fusses ein; sensible und sensorielle Störungen waren nicht vorhanden. Nun wurde Pat. in derselben Weise, wie oben angegeben, electricirt und war nach 14 Tagen wieder geheilt.

Im Februar 1885 trat plötzlich genau dieselbe Erscheinung auf der rechten Seite auf und die erwähnte Behandlung führte auch hier wieder zu dem gewünschten Resultat. In gleicher Weise verlief ein vierter Anfall im April desselben Jahres, der wiederum linksseitig war.

Nun hatte Pat. bis zum Juli Ruhe, als er plötzlich auf einer Reise bei Tisch Messer und Gabel fallen liess und nach kurzer Zeit merkte, dass seine rechte Seite total, besonders die rechte Gesichtshälfte, auch Arm und Bein gelähmt waren. Nach Haus geschafft, musste er zehn Tage das Bett hüten und bekam Kal. jod. Da die Lähmung jedoch nicht abnahm, begab er sich in die Charité. Hier nahm er sowohl Kal. brom. wie Kal. jod. und wurde electricirt. Nach elf Tagen verliess Pat. die Anstalt wieder, da er Besserung seines Leidens verspürte, vollständige Heilung trat erst allmählich ein, wie es sich besonders beim Schreiben zeigte.

Seitdem bekam Pat. keinen Anfall mehr. Bisher waren auch absolut weder sensible noch sensorielle Störungen eingetreten; nun änderte sich das Krankheitsbild. — Die oben bezeichneten Lähmungen blieben aus, doch fühlte Pat. im October beim Bewegen des linken Auges Schmerzen, und plötzlich trat eine totale Erblindung desselben ein.

Er begab sich in die Augenklinik des Hrn. Dr. Gustav Gutmann, welcher ihm täglich 3 Esslöffel Kal. jod. verordnete, worauf Pat. in 14 Tagen wieder geheilt war.

Acht Tage darauf traten dieselben Erscheinungen auf dem rechten Auge auf; er sah nur Finger (Fg.) in geringer Entfernung, hatte jedoch keine Schmerzen. Er bekam wieder Kal. jod., und abermals schwanden die Erscheinungen für einige Zeit. Es wurde damals die Diagnose Neuritis retrobulbaris nach Rheumatismus(?) gestellt. Der Status bei den verschiedenen Untersuchungen ergab sich aus den Acten, welche mir Hr. Dr. Gutmann bereitwilligst zur Verfügung stellte, wie folgt:

3. X. 85. l. Mac. corn. seit dem 3. Lebensjahr.

Schmerzhaftigkeit beim Bewegen nach Aussen, ebenso bei Druck auf den Bulbus von vorn nach hinten, dagegen die Percussion der Umgegend nicht empfindlich. Dumpfes Gefühl im Kopf kam hinzu, der l. Bulbus wurde bei probeweisem Bewegen immer schmerzhafter; die Sehschärfe (S.) verschlechterte sich so sehr, dass Pat., während er früher noch Umrisse von Personen mit dem l. Auge erkennen konnte, jetzt fast nichts mehr sah; ophth. nihil.

24. X. 85. Pat. erkennt auf dem l. Auge Fingerzahl in 5 cm, der Bulbus ist nur bei ruckweiser Bewegung schmerzhaft; Pupillenreaction auf Licht ist gut.

31. X. 85. l. Fingerzahl in 6—10 cm; Pupillenreaction auf Licht gut, bei Accomodation träger, ophth. nihil.

9. XI. 85. r. Snellen (Sn) XXXX knapp erkannt.

l. Fg. in 10—12 cm; keine Schmerzen am Bulbus. Seit dem Tage vorher sieht Pat. plötzlich auf dem r. Auge alles verschleiert, vorher hatte er ein drückendes, dumpfes Gefühl in der Stirn.

r. direct: träge Pupillenreaction, welche deutlicher auf Accomodation als auf Licht ist, während indirect fast nichts mehr wahrnehmbar ist;

ophth. sieht man eine leichte Abblassung der macul. Hälfte der Papille; an der Austrittsstelle der Gefässe in die Retina ist eine leichte Verschleierung derselben erkennbar; Macula lut. normal. Umgekehrtes Bild bds. normal; keine Schmerzen.

l. directe und indirecte Pupillenreaction deutlich. 10. XI. r. Fingerzahl in 11 Fuss.

Directe und indirecte Pupillenreaction sehr träge, jedoch sowohl auf Licht wie auf Accomodation nachweisbar.

l. Fg. in 8 cm; mässig prompte Pupillenreaction.

11. XI. r. S: Sn CC. in 12 Fuss, Sn III in 3 bis 2 Fuss f. d. Nähe.

l. S: Fg. in 8 cm bds. ophth. nihil.

Bds. hochgradige conc. G. F. Einschränkung, auch für Farben.

12. XI. r. Fg. in 9—10 Fuss. { bei Einfall des gewöhnlichen
l. Fg. in 10 cm. { Tageslichts, ophth. nihil.

r. S. Sn CC in 15 Fuss bei guter Beleuchtung; G. F. Einschränkung. Bds. directe und indirecte Pupillenreaction deutlich.

13. XI. dunkles Wetter. l. Fg. 8—10 cm.

r. Sn CC knapp bei guter Beleuchtung in 15 Fuss.

16. XI. r. Fg. in 6 Fuss; G. F. Einschränkung conc.

19. XI. r. Beginn der Phosphene. Fg. in 4—5 Fuss.

l. Fg. in 10—12 cm, bds. ophth. nihil.

Hochgradige conc. G. F. Einschränkung, bes. nach aussen. Pat. erhält Solut. Arsen. Fowl.

Als nun im Anfang December ausser der zunehmenden Schwachsichtigkeit des r. Auges und dem negativen ophth. Befunde sich noch allerhand Druckerscheinungen einstellten, wurde Pat. zur Untersuchung nach der Mendel'schen Klinik geschickt, wo die Diagnose *Hysteria virilis* gestellt wurde, so dass die Erscheinungen am Auge als Amblyopie aufgefasst werden konnten und mussten.

Der Status am 2. XII. 85 war folgender:

Psyche: gedrückte Stimmung.

Sensibilität: Kriebeln in den Händen, in den Waden Gefühl von Schwere, ebenso im Oberschenkel, Druck in der Gegend der Herzspitze während des Sprechens.

Sinnesorgane: l. Auge fast ganz erblindet, Fg. in 8 bis 10 cm.

r. Burchardt Tab. XL in 4 m. Gesichtsfeldeinschränkung von c. 30° am Perimeter gemessen.

Summen in den Ohren; stets saurer Geschmack.

Motilität: Unbeweglichkeit der Finger der rechten Hand activ, nicht jedoch passiv.

Vasomotor. und troph. Störungen: nihil.

Muskeln: kräftig; Reflexe: erhalten.

Innere Organe: drückendes Gefühl oberhalb der Symphyse.

Medic: Kal. jod.; Electricität.

Bemerk: Pat. behauptet, dass, wenn er nicht Kal. jod. nähme, er Kriebeln in den Händen und Druckschmerz in der Gegend der Herzspitze bekomme; er weigert sich auch etwas anderes zu nehmen.

Aetiologie: Ausser jener scheinbar rheumatischen Veranlassung giebt Pat. als Grund seines Leidens an, dass drückende Familienverhältnisse allerlei Art, der Tod seines Vaters, das lange Krankenlager desselben und die damit verbundenen Nahrungssorgen, dann der plötzliche Tod seines jungen Schwagers ihn unglücklich

und unzufrieden mit seinem Schicksale gemacht hätten. Er wollte arbeiten, streben, etwas leisten und fand, dass er zu unfähig sei und zu wenig vom Glück begünstigt werde. Gemüthsunruhe und die früher geschilderten Krankheitserscheinungen, die sich nur allzubald einstellten, begannen ihn ruhelos zu machen. Er wollte das grosse Loos gewinnen, um mit einem Schlage reich zu sein und seine Familie zu heben, er wollte eine Rolle in der Gesellschaft spielen, um seinen leidenden Mitmenschen helfen zu können. Er fing nun an sich mit Gewalt wissenschaftlich weiter auszubilden, studirte das Brockhaus'sche Conversationslexikon durch, und als er das Capitel über Hysterie gelesen hatte, wuchs seine Unruhe unaufhaltsam und zugleich sein Leiden. In diesem Zustande nun stellte er sich den Aerzten, und einen solchen Patienten sollte man nicht für einen Hysteriker halten? Hier liegt das psychische Trauma, das auf ihn eingewirkt hat, klar zu Tage; das Ueberspringen der Amblyopie von dem linken Auge auf das rechte, die Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen mannigfacher Art können uns das Leiden niemals deutlicher offenbaren. Ausserdem ist das Gesichtsfeld sowohl für weiss wie für die übrigen Farben eingeschränkt, die Sehschärfe sehr herabgesetzt; mithin wird also jede Rücksicht auf Neuritis in der Diagnose hinfällig.

5. XII. r. Pupillenreaction prompter auf Accomodation als auf Licht; l. deutlicher.

G. F. erweitert sich um 10^0 ; ophth. nihil.

15. XII. hysterische Erscheinungen fast gar nicht vorhanden;

Gesichtsfeld fast normal; r. Sn CC in 15 Fuss.

29. XII. bds. Pupillenreaction etwas träger, hyster. Erscheinungen nehmen zu; G. F. wieder enger.

r. Burch. XL in 10 Fuss.

6. I. 8 h. Pupillenreaction l. träger als r., aber sonst prompt.

G. F. erweitert sich, geringe Beschwerden.

Sn. CC. in 15 Fuss; ophth. nihil.

14. I. Pupillen weit, reagiren prompt in jeder Weise.

G. F. normal; r. Sn. XV. in 15 Fuss; ophth. bds. nihil.

1. Fg. in 5—15 cm, keine hyster. Beschwerden.

29. I. idem.

Pat. wurde indess mit Chinin und Eisen, Strychnin, Asa foetida, Valeriana, Kal. brom., Arsen innerlich behandelt, ohne dass, wie es auch Strümpell's Erfahrung lehrt, ein Erfolg gesehen wurde. Der galvanische Strom, täglich, dann etwas seltener angewendet, scheint am vortheilhaftesten auf den Pat. zu wirken. Durch Trost und freundliche Ermahnungen, Aufrütteln aus seinem trübseligen Zustande wurde auch seine Willenskraft wieder gehoben, so dass anfangs Februar 1886 der Pat. als geheilt und arbeitsfreudig entlassen werden konnte.

Ein einfacherer Fall für Hysteria virilis ist kaum denkbar. Dass das Leiden, wie es im October stand, auf Rheumatismus wies, ist mit Rücksicht auf die Anamnese nicht zu verwundern; und da Neuritis sich sehr oft nach Rheumatismus herausbildet, so ist der diagnostische Irrthum am Anfang immerhin erklärlich, zumal das Leiden von periorbitalen Schmerzen begleitet war. Da waren es denn die Augenerscheinungen wiederum, die sehr bald einen Zweifel an der Diagnose aufkommen liessen und den Untersuchenden auf den richtigen Weg führten, ein Beweis, welch' hervorragende Rolle die Amblyopie bei Hysteria spielt. —

Es folgt nun ein Fall, der, weil er eben weiter keine Anhaltspunkte als den der Amblyopie bietet, ebenso interessant wie diagnostisch schwierig ist.

Der Verlauf der Krankheit war schwer zu verfolgen,

weil Pat. poliklinisch behandelt wurde. Ein solches Beispiel vorzuführen wird allerdings von Vielen nicht gern gesehen, doch bietet es unstreitig für den pract. Arzt ein grosses Interesse, der wohl auch zumeist nur poliklinisch Hysterien zur Beurtheilung und Behandlung bekommt.

Der Arbeiter Wilhelm R., 28 Jahre alt, von mässiger Statur und Muskulatur, will bisher stets gesund gewesen sein, auch niemals an Gonorrhoe oder Lues oder Rheumatismus oder Alkoholismus leiden oder gelitten haben. Er ist 4 Jahre verheirathet und hat ein kräftiges und gesundes Kind. Weder er selbst noch irgend Jemand aus seiner Familie will je irgendwie nervenkrank gewesen sein.

Im November 1886 erhielt Pat., welcher flüssiges Eisen bearbeitete, plötzlich eine Verletzung mittelst eines Eisensplitters am oberen Lid des rechten Auges. Dieselbe war höchst unscheinbar und oberflächlich und schon nach wenigen Tagen wieder geheilt. Bald darauf bemerkte er jedoch, dass er zunehmend schlechter sähe, und begab sich in die königliche Augenklinik zu Berlin.

Daselbst wurde sofort ein Strabismus convergens bemerkt, der später glücklich operirt wurde.

Eine eingehende Untersuchung der Hrn. DDr. Silex und Beselin ergab eine Augenmuskellähmung, ferner eine hochgradige Gesichtsfeldeinschränkung und Hemeralopie und schliesslich eine Anästhesie der Retina.

l. war S. = $\frac{6}{9}$ (Sn. 9 in 6 m); 0,5 in 8—12 cm f. d. Nähe; bds. ophth. nihil.

Da er alle andern subjectiven Beschwerden läugnete, sondern nur über Sehschwäche und Schmerz im rechten Auge klagte, während von der Verwundung fast nichts mehr zu bemerken war, so wurde der Verdacht auf Simulation rege und Pat. in die Nervenabtheilung der Charité geschickt.

Hr. Dr. Oppenheim daselbst stellte ein auffallendes

Symptom an dem Pat. fest, dass beim Blick nach oben die Bulbi in dieser Stellung verharrten und nicht nach unten bewegt werden konnten; auch nicht ganz nach links vermag Pat. dieselben zu drehen. „Es ist schwer zu unterscheiden, ob es sich um wirkliche Defecte der Beweglichkeit oder um Willenlosigkeit handelt.“ l. Pupille grösser als r., — Geruch (Ol. menth. pip.) wird erkannt, Geschmack (Ac. acet.) ist vorhanden. Schmerzpunkte (Ovarie) oder Neigung zur Hypnose werden nicht wahrgenommen, auch psychische Lähmungen lassen sich beim Versuch nicht feststellen. Der Gang des Pat. ist ein im Verhältniss zur Grösse der Gesichtsfeldeinschränkung auffallend guter; ebenso vermag er sich ziemlich geschickt zu orientiren. — Er ist im Allgemeinen ein ruhiger, verständiger und arbeitsamer Mann, der sich nur härt, so plötzlich und unschuldig zu seinem Unglück gekommen und brodlos zu sein. Er wird in der Augenklinik weiter beobachtet und fand ich bei den Untersuchungen folgende Resultate.

Die G. F. Aufnahmen am Förster-Wilbrand'schen Perimeter fanden in verschiedener Weise statt, einmal centrifugal, dann wieder centripetal und umgekehrt, ferner einmal frei nach Unterbrechungspausen, dann wieder im Zustande der Ermüdung, schliesslich durch eine dunkle Brille, ganz nach den Vorschriften von Dr. A. Schiele.

10. XII. 86. Noch war keine endgiltige Diagnose gestellt, als auch das l. Auge anfang schlechter zu werden.

S. fiel auf $\frac{6}{18}$, c. + 45 kam er auf $\frac{6}{9}$.

frei las er Sn 0,5 in 6—8 cm, c. + 36 — 0,4 in 6 — 8 cm.

r. stereoskop. $\frac{1}{4}$ S.; Lichtschein und Farben werden erkannt, welches den Verdacht auf hyster. Amblyopie erregte.

G. F. Aufnahme am Perimeter ergab:

[stets von Innen nach Unten nach Aussen nach Oben gezählt.]

centrifug. 15 12 12 12 15 15 12 15 frei

centripet. 10 8 8 10 10 10 8 10 Ermüdungs-
aufnahme, nach einer Pause durch eine dunkle Brille
7 5 5 5 7 7 5 7; mithin also, wie es Schiele auch angiebt,
eine stufenweis zunehmende conc. G. F. Einschränkung.

Pat. erhielt eine dunkle Brille zum steten Tragen,
durch welche er Erleichterung und Besserung zu spüren
glaubte.

15. XII. 1. S. $\frac{6}{18}$, c. + 45 $\frac{6}{9}$.

frei 0,5 in 6—10 cm, c. + 36—0,4 in 6—10 cm,
beim Lesen Flimmern vor den Augen; ophth. bds. normal.

Farben werden an und für sich erkannt, nur das
G. F. für dieselben ist eingeschränkt, besonders für violett.

Die G. F. Aufnahme für Weiss am Perimeter er-
giebt:

centripet. 17 17 20 20 25 20 15 15 frei

centrifug. 15 10 8 17 15 12 7 15 f. Ermüdung
durch dunkle Brille gleichmässig eingeschränkt.

Pat. will das Gefühl gehabt haben, als ob eine
Kugel aus dem Magen nach dem Halse heraufsteige
(also Globus?), und dass er zeitweilig jetzt Herzklopfen
bekomme (Palpitation?). Medic: morgens kalt abreiben,
langsam und viel in frischer Luft sich aufhalten und
spazieren gehen.

22. XII. 1. S. $\frac{6}{12}$, frei 0,8 in 6—10 cm.

Die G. F. Einschränkung für Farben hat bedeutend
abgenommen, Violett wird erkannt. — Am Perimeter:

centrifug. 20 20 20 24 25 20 20 22 frei

centripet. 18 18 20 20 20 18 18 18 f. Ermüdung
Hysterische Beschwerden werden nicht bemerkt.

r. Lichtschein in $\frac{1}{2}$ m wahrgenommen; die stereo-
skopische Untersuchung ergibt $\frac{1}{3}$ S.

Die Brille wird beibehalten.

4. I. 87. S. $\frac{6}{24}$, c. + 39 $\frac{6}{9}$.

frei 0,5 in 6—8 cm, c. + 36 0,4 in 6—8 cm.

Farben werden erkannt, jedoch G. F. Einschränkung derselben: gelb c. 5, grün c. 7, roth c. 7, blau c. 10.

Pat. empfindet am ganzen Körper Schmerzen, Unruhe, Schwere in den Beinen, Flimmern vor den Augen, Trauer, Aengstlichkeit, weil sein Fall betreffs Pensionierung zur gerichtlichen Verhandlung kommt. — ophth. nihil. — Daher auch eine colossale, gleichzeitige G. F. Einengung.

centripet. 10 7 7 15 10 7 10 10 frei

centrifug. 10 5 5 7 10 7 5 5 f. Ermüdung

durch die dunkle Brille c. 7.

11. I. 1. S. $\frac{6}{12}$; 0,4 in 6—10 cm; keine Beschwerden r. Lichtschein in $\frac{1}{2}$ m wahrgenommen.

15. I. 1. S. $\frac{6}{9}$; 0,4 in 8—20 cm, Farben erkannt. r. Lichtschein in $\frac{1}{2}$ m beibehalten.

G. F. Einengung:

centrifug. c. 30—35 frei; centripet. c. 25—30 f. Ermüdung. Hysterische Beschwerden werden nicht mehr angegeben; Pat. fühlt sich Allgemeinen wohl zufrieden gestellt, denn er entzieht sich der ärztlichen Beobachtung.

Dieser Fall spricht doch in der That auch nur für eine hysterische Amblyopie. Ein so geringes Trauma, wie das in Frage stehende, kann unmöglich derartige Sehstörungen machen. Dass keine Simulation vorliegt, ist durch die sich niemals widersprechenden Angaben des Pat. am Perimeter und mit Hülfe des Stereoskops und der Burchardt'schen Tafeln von Hrn. Dr. Sillex bestätigt worden. Wir finden in der That, dass zuerst sich hier eine Anaesthesia retinae zeigt, die, je nachdem sich die später sich hinzugesellenden andern Symptome äussern, Schritt für Schritt mit diesen steigt oder abklingt. Da die andern Erscheinungen hysterischer Natur sind, so ist diese Anaesthesia retinae, wie sie für sich

allein auch schon andeutete, natürlich eine *Amblyopia hysterica*.

Hier könnte jemand einwenden, dass dieses Beispiel dadurch, dass ein Trauma von aussen her eingewirkt hätte, eher in das Gebiet der *Railway-spine*, als in das der Hysterie gehöre. Doch hat uns Strümpell eben einen derartig scheinbaren Widerspruch so zu erklären gesucht, dass nicht das Trauma selbst, sondern der Schreck und die Angst, die es verursacht, derartig schwere Erscheinungen hervorrufe. —

Wir wären nun eigentlich am Ende unserer Arbeit. Aus dem Wirrwarr der Anschauungen über Amblyopie haben wir uns glücklich herausgearbeitet und uns ein klares Bild, im Sinne Schweiggers, von ihr zu machen gesucht. Auch in Betreff der Hysterie haben wir uns auf einen festen Standpunkt gestellt und uns ein bestimmtes Krankheitsbild so zu sagen aus einem Conglomerat der mannigfachsten Neurosen herausgeschält.

Nachdem wir nun die Würdigung und Bedeutung der Amblyopie bei Hysterie möglichst zu veranschaulichen versucht haben, ist uns auch die Diagnose und Kritik unserer Fälle bei weitem erleichtert worden, so dass wir am Ende im Stande waren, sie kurz und bündig als Beispiele vorhergehender Auseinandersetzungen aufzustellen und folgen zu lassen.

Es würde uns nur noch übrig bleiben, Einiges über die pathologische Anatomie der *Amblyopia hysterica* zu sagen; und zwar ist bis jetzt nur recht Weniges möglich, denn der Streit darüber wogt noch ziemlich heftig hin und her.

Nach der du Bois-Reymond'schen Molekulartheorie enthalten die Nervenfasern kleinste, reihenweise hintereinander angeordnete, elektromotorisch wirksame Moleküle. Diese werden durch irgend einen Reiz in Thätigkeit versetzt, sei es dass er von Aussen oder von Innen

herkommt. Einen solchen Reiz kann die Anämie und Hyperämie, wie es bei psychischen Traumen der Fall ist, der Umgebung der Nervenfasern ausüben, ferner Entzündungen, Tumoren, Zerrungen etc.

Ferner ist die Anatomie des n. Opticus ziemlich genau besonders von Wernicke studirt. Der Nerv hat eine colossale Ausbreitung; wir finden Fasern von ihm noch in der Medulla oblong. und im Rückenmark, wo sie sogar in die Pyramidenkreuzung übergehen. Ein anderer breiter Faserzug führt nach dem psycho-optischen Centrum auf der Spitze des Occipitallappens. Ohne auf seinen Verlauf, den wir als bekannt voraussetzen, weiter einzugehen, müssen wir jedoch noch sagen, dass seine Fasern mehrfach Kreuzungen eingehen. So findet im Chiasma eine Halbkreuzung statt; nach Charcot soll für die nicht gekreuzten Fasern, ehe sie in die Grosshirnrinde gehen, auch noch ein Kreuzungspunkt existiren, etwa jenseits der Corpora geniculata. Kurzum bei diesem so ausserordentlich verzweigten Wege treffen die Optici wohl fast mit allen Gehirnnerven zusammen, verzweigen sich weiter untereinander in der complicirtesten Weise und schicken selbst auch in das Rückenmark noch Fasern hinab, um auch noch dorthin den Reiz fortzutragen. —

Daraus erklärt sich sehr leicht das Zusammentreffen der verschiedenartigsten Erscheinungen, daher auch die Mannigfaltigkeit der Bilder cerebraler Leiden. Und wie wir nun die Hysterie auch auffassen mögen, gleichviel ob sie eine organische oder functionelle Neurose ist, so müssen wir doch zugestehen, dass durch psychische Einflüsse immerhin Alterationen der Nervenfasern resp. ihrer Umgebungen hervorgerufen werden, die eine molekulare Veränderung bedingen. Es wird möglicher Weise eine Degeneration der grauen Ganglienkugeln entstehen, welche, wenn der Reiz nicht zu intensiv wirkt, nach einiger Zeit auch wieder regeneriren können. Doch so-

lange die Akten über diese Streitfragen noch nicht geschlossen sind, werden wir uns wohl, wenigstens, sobald wir von anderen Symptomen im Stiche gelassen werden, in Betreff der „Gesichtsfeldamblyopie ohne Befund“ der Ansicht Schweiggers unterordnen müssen, welcher vermuthet, dass der Sitz des Leidens im Centralorgan liege.

Zum Schlusse dieser Arbeit sage ich Hrn. Geheimenrath Professor Dr. Schweigger für die gütige Ueberlassung des Thema, sowie den HHrn. DDr. Gustav Gutmann, Silex, Beselin, Oppenheim für die freundliche Unterstützung während der Arbeit meinen herzlichsten Dank.

THESEN.

I.

Bei Behandlung des Klumpfusses ist das unblutige Verfahren im Allgemeinen der Excision resp. Exstirpation von Knochenstücken vorzuziehen.

II.

Die Anwendung des Ergotin in der Geburtshilfe ist auf die Periode der Nachgeburt zu beschränken.

III.

In Anbetracht des Wesens der Seekrankheit ist es nicht für wahrscheinlich zu halten, dass ein zuverlässiges Mittel gegen dieselbe entdeckt werden wird.

Lebenslauf.

Verfasser, Max Radziejewski, mosaischer Religion, wurde am 3. Juni 1862 als Sohn des im Jahre 1878 verstorbenen Rittergutsbesitzers Josef Radziejewski, in Posen geboren. Er besuchte das Königliche Friedrich-Wilhelms-Gymnasium zu Posen und verliess dasselbe Ostern 1882 mit dem Zeugniss der Reife, um sich dem Studium der Medicin zu widmen. Er begab sich zu diesem Zweck nach Breslau, wo er 2 Semester blieb, darauf auf 1 Semester nach Berlin, dann auf 3 Semester nach Greifswald, wo er im Juli 1884 das Tentamen physicum machte. Ostern 1885 ging er nach Heidelberg, Michaelis 1885 kehrte er nach Berlin zurück. Im Juni 1886 bestand er das Examen rigorosum und meldete sich im October desselben Jahres zum Staatsexamen bei der ärztlichen Prüfungscommission zu Berlin.

Während seiner Studienzeit hörte er die Collegien, Kliniken und Curse folgender Herren: Baginsky, Bardeleben, Becker, von Bergmann, du Bois-Reymond, Budge, Ferd. Cohn, Czerny, Erb, A. Fränkel, Feilitzsch, Fritsch, Gerhardt, Gerstäcker, Gusserow, Hasse, Hofmann, Joseph, Israel, Jürgens, Kehrler, Küster, Landois, Leyden, Limprecht, Löbker, Mendel, Meyer, Moser, Pernice, Pohlig, Reichert, Rinne, Rabl-Rückhard, Schwanert, Schweigger, Sommer, Virchow, Voigt, J. Wolff, M. Wolff, Wyder.

Allen diesen seinen verehrten Lehrern spricht Verfasser hiermit seinen verbindlichsten Dank aus.
